

# Tricotilomanía en un lactante: una expresión de ansiedad

M.C. de Hoyos López

*Pediatra del Equipo de Atención Primaria Dr. Pedro Laín Entralgo. Servicio Madrileño de Salud.  
Dirección Asistencial Oeste. Madrid*

## Resumen

La tricotilomanía se considera, según el DSM-IV-TR, un trastorno del control de los impulsos caracterizado por una compulsión recurrente de arrancarse el cabello. La edad de máxima incidencia es la adolescencia, con una mayor prevalencia en las mujeres, y existen muy pocos casos publicados en lactantes. Su etiología parece ser multifactorial, en la que intervienen factores genéticos, temperamentales y ambientales asociados. La alopecia del cuero cabelludo es la manifestación clínica más habitual en niños. Hasta en el 30% de los casos se asocia tricofagia, y puede originar sintomatología digestiva y ciertas complicaciones, como la obstrucción intestinal por tricobezoares que requieren la extracción quirúrgica. El diagnóstico es habitualmente tardío, ya que los adolescentes suelen negar el trastorno y en niños pequeños no suele sospecharse. Es obligado realizar el diagnóstico diferencial con otras alopecias orgánicas y psiquiátricas. El pronóstico depende fundamentalmente de la edad de inicio. Los tratamientos actuales combinan la terapia conductual con fármacos ansiolíticos. Dado el impacto de la tricotilomanía en la calidad de vida y la autoestima de los pacientes, se aboga por el enfoque multidisciplinario de esta patología, que requiere una estrecha colaboración del entorno familiar y escolar. Se presenta el caso de una lactante de 14 meses de edad, que se inicia con una placa de alopecia en la región occipitoparietal de 4,5 cm de diámetro.

## Palabras clave

Tricotilomanía, control de impulsos, ansiedad, niños

## Abstract

*Title:* Trichotillomania in infants: an expression of anxiety

Trichotillomania is considered, according to DSM-IV-R, a disorder of impulse control characterized by recurrent compulsive hair pulling. The age of peak incidence is adolescence, with higher prevalence in women, there are very few reported cases in infants. The etiology appears to be multifactorial; intervening genetic, temperamental and environmental partners. Alopecia of the scalp is the most common clinical manifestation in children. Up to 30% is associated trichophagia and can cause gastrointestinal symptoms and complications such as intestinal obstruction requiring surgical removal trichobezoars. The diagnosis is usually delayed, because adolescents tend to deny and young children is usually not suspected. It forced the differential diagnosis with other organic and psychiatric alopecia. The prognosis depends primarily on age of onset. Current treatments combining behavior therapy with anxiolytic drugs. Given the impact of the trichotillomania in the quality of life and self-esteem, calls for a multidisciplinary approach to this disease, requiring close collaboration of family and school environment. The case of an infant 14 months of age who presents with a plate of alopecia in occipitoparietal region of 4.5 cm in diameter.

## Keywords

Trichotillomania, impulse control, anxiety, children

## Introducción

La tricotilomanía (TTM), según la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), es un trastorno del control de los impulsos caracterizado por una compulsión recurrente de arrancarse el cabello. Aparece en sujetos con dificultades para manejar situaciones de tensión emocional que desencadenan un estado de ansiedad, sólo aliviado tras

el arrancamiento de sus cabellos. Este trastorno afecta a un 3,5-4% de la población general, con una prevalencia 4 veces mayor en mujeres, principalmente adolescentes, y su etiopatogenia se cree multifactorial, asociándose a tricofagia hasta en el 30% de los pacientes<sup>1-5</sup>.

## Caso clínico

Se presenta el caso de una lactante, de 14 meses de edad, que consulta debido a la aparición de una placa de alopecia de una semana de evolución. Carece de antecedentes personales y familiares de interés. En la exploración física se observa una placa de alopecia occipitoparietal, de 4,5 cm de diámetro, con áreas de incipiente repoblación periférica, pilotracción negativa y ausencia de pelos peládicos e inflamación local. El resto de la exploración se sitúa dentro de la normalidad. Los estudios complementarios (hemograma, bioquímica completa y estudio tiroideo) resultaron normales. Tras la valoración por parte del pediatra y el dermatólogo, se plantea el diagnóstico de sospecha de alopecia por arrancamiento. En pocos días los padres confirman, mediante videocámara frente a la cuna, que durante la conciliación del sueño la niña se muestra nerviosa y tracciona reiteradamente sus cabellos, arrancándose los e ingiriéndolos. En la escuela infantil también observan esta conducta en la siesta y deciden colocarle un gorrito en la cabeza, sujetando su mano hasta dormirse. Los padres no secundan esta medida en casa, considerando que la niña debe continuar durmiéndose sola. La actitud de éstos fue siempre positiva y colaboradora, y realizaron varias entrevistas con el equipo de psiquiatría infantil, sin detectarse alteraciones en la dinámica familiar ni en el vínculo afectivo maternofamiliar.

Dos semanas después, la placa presentaba una extensión de 9,5 cm de diámetro (figura 1). Su pediatra propone entonces rapar el pelo a la niña para cohibir la tricofagia e introducir en la cuna una muñeca de pelo largo que simbolice el objeto transicional y un elemento de apego, con el fin de reducir la ansiedad mostrada por la lactante al dormirse. Aunque inicialmente la muñeca es ignorada, en 2 semanas los padres observan por videocámara cómo la niña arranca los cabellos de la muñeca y los deglute, abandonando los suyos propios. Después de 2 meses, la placa de alopecia mantenía el tamaño de 9,5 cm, pero 6 meses después se completó la repoblación del cuero cabelludo.

Al cumplir 22 meses de edad, la niña comenzó a presentar una onicofagia frecuente. No ha vuelto a arrancarse los cabellos, si bien esporádicamente continúa deglutiendo pelos de su muñeca, a la que muestra un gran apego. Últimamente la madre permanece unos minutos al lado de la cuna acariciándole la mano hasta que se duerme. A la edad de 27 meses, la tricofagia va desapareciendo, si bien la niña mantiene una llamativa conducta de manipulación compulsiva del pelo de su muñeca, retorciéndolo reiteradamente hasta convertirlo en rastas (figura 2). Continúa con la onicofagia y la succión diurna y nocturna del pulgar. Se le ha realizado recientemente un tránsito esofagogastroduodenal, descartándose la presencia de un tricobezoar gástrico.



**Figura 1.** Placa de alopecia de 9,5 cm de diámetro, 2 meses después de la primera consulta



**Figura 2.** Pelo de la muñeca convertido en rastas por la manipulación reiterada y compulsiva de la niña durante meses

## Discusión

En la infancia, la clínica habitual de la TTM es una alopecia del cuero cabelludo. En cambio, los adolescentes suelen arrancarse cabellos de zonas menos visibles (pestañas, antebrazos, piernas, axilas, pubis) para eludir el enjuiciamiento social y, además, presentan

una elevada comorbilidad con trastornos ansioso-depresivos<sup>1,2,5-7</sup>. En los casos con tricofagia pueden presentarse síntomas digestivos: anorexia, pérdida de peso, vómitos, dolor abdominal y complicaciones, como obstrucción intestinal por tricobezoares (masas de pelos digeridos), que requieren una extracción quirúrgica. Algunos tricobezoares ocupan la región gástrica y su cola se extiende por el intestino delgado superando la válvula ileocecal (síndrome de Rapunzel)<sup>6</sup>.

El diagnóstico se basa en la anamnesis, la exploración física y los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (tabla 1). La observación por videocámara permite su confirmación. Las pruebas de laboratorio descartan otras patologías (enfermedades autoinmunes). La ecografía abdominal, el tránsito gastrointestinal y la gastroscopia se indican ante la sospecha de tricobezoar. La biopsia folicular se realiza excepcionalmente, ante dudas diagnósticas o implicaciones legales. Se deben descartar enfermedades del folículo piloso (dermatofitosis, alopecia areata), agresiones entre iguales en guarderías, maltrato institucional, Munchausen por poderes y otras enfermedades psiquiátricas. El pronóstico viene determinado por la edad de inicio, y es menos favorable en niños mayores porque suele persistir durante la edad adulta<sup>6-8</sup>. El tratamiento actual se basa en un enfoque multidisciplinario, asociando terapias cognitivo-conductuales, junto con la administración de psicofármacos ansiolíticos (diazepam, clomipramina, fluoxetina y sertralina) y la utilización de redes de apoyo eficaz en el ámbito sociofamiliar<sup>9,10</sup>.

**TABLA 1**
**Criterios diagnósticos de tricotilomanía según el DSM-IV-TR**

- |                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de pelo                                                    |
| B. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir a la práctica de ese comportamiento       |
| C. Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo                                                                    |
| D. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (p. ej., dermatológica)             |
| E. La alteración causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo |

Por tanto, el interés de este caso radica en los siguientes aspectos:

- Se presenta en edad muy temprana, y hay pocos casos publicados en lactantes en la literatura científica.
- Debemos sospechar una TTM en niños y lactantes con alopecias, pues suele diagnosticarse tardíamente.
- En los casos con tricofagia y/o sintomatología digestiva, será necesario descartar la presencia de tricobezoares gástricos, evitando las posibles complicaciones derivadas de ello.
- Es necesario conseguir la colaboración activa de los padres, dada la influencia del ambiente en la TTM.
- Los objetos transicionales (juguetes de apego) ejercen un efecto terapéutico importante a la hora de reducir la ansiedad en las etapas iniciales de la vida. Y en este caso también consiguió eliminar la tricofagia y sus complicaciones medicoquirúrgicas. ■

## Bibliografía

1. Bloch MH. Trichotillomania across the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48: 879-883.
2. Tay YK, Levy ML, Metry DW. Trichotillomania in childhood: case series and review. *Pediatrics*. 2004; 113: 494-498.
3. Greer JM, Capecci MR. Hoxb8 is required for normal grooming behavior in mice. *Neuron*. 2002; 33: 23-34.
4. Chamberlain SR, Menzies LA, Fineberg NA, Del Campo N, Suckling J, Craig K, et al. Grey matter abnormalities in trichotillomania: morphometric magnetic resonance imaging study. *Br J Psychiatry*. 2008; 193: 216-221.
5. Madsen JT, Bygum A. Trichotillomania in early childhood. A report of two cases with a peculiar habit. *Pediatr Dermatol*. 2008; 25: 575-576.
6. Piquero-Casals J, La Rotta-Higuera E, Piquero-Casals V, Hernández-Pérez R, Piquero-Martín J. Trichotillomania: three cases presentation and diagnosis tests review. *Invest Clin*. 2007; 48: 359-366.
7. Lewin AB, Piacentini J, Flessner CA, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ, et al. Depression, anxiety and functional impairment in children with trichotillomania. *Depress Anxiety*. 2009; 26: 521-527.
8. Flessner CA, Lochner C, Stein DJ, Woods DW, Franklin ME, Keuthen NJ. Age of onset of trichotillomania symptoms: investigating clinical correlates. *J Nerv Ment Dis*. 2010; 198: 896-900.
9. Franklin ME, Edson AL, Freeman JB. Behavior therapy for pediatric trichotillomania: exploring the effects of age on treatment outcome. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010; 28: 4-18.
10. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Dombrowski P, Kelmendi B, Wegner R, Nudel J, et al. Systematic review: pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biol Psychiatry*. 2007; 62: 839-846.